

Oświadczenie:

Nazwa i adres jednostki lub osoby kierującej wnioskiem:

.....
.....
.....
.....
.....

udziela Krajowemu Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia z siedzibą w Łodzi, ul. Smugowa 6, zgody na wykorzystanie w celach statystycznych i naukowych danych przekazanych na potrzeby oceny narażenia zarodka lub płodu, po ich anonimizacji w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjentów oraz jednostki ochrony zdrowia. Przekazane dane nie będą udostępniane stronom trzecim.

.....

(miejsowość i data)

.....

(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania jednostki)